1885
Lane Medical Library

Ueber die Behandlungsweise des Carcinoms der Portio vaginalis uteri mit der galvanokaustischen Glühschlinge.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am

Sonnabend, den 30. Mai 1885

Vormittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Johannes Ebell

prakt. Arzt

aus Pommern.

Opponenten:

Drd. **G. Troche,** prakt. Arzt.

Drd. **F. Fischbein,** prakt. Arzt.

Fritz Weber, cand. med.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1885.

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Wie überhaupt das Carcinom sich gern an solchen Stellen entwickelt, an welchen zwei verschiedene Epithelarten an einander stossen, so findet man auch an dem weiblichen Genitaltraktus das Carcinom am häufigsten an der Portio vaginalis. Dasselbe gehört zugleich zu denjenigen Erkrankungen, welche dem weiblichen Geschlechte die meisten Beschwerden verursachen und die grösste Gefahr für das Leben in sich schliessen.

So leicht es nun auch ist, ein Carcinom an der Portio in einem vorgeschritteneren Stadium zu diagnosticieren, ebenso schwer ist es auch, die Anfangsstadien dieser Erkrankung zu erkennen, ein Umstand, welcher für die Therapie von der grössten Bedeutung ist, da eine Radikalheilung nur von einer vollkommenen Entfernung der kranken Gewebe zu erwarten ist. Und dies ist nur möglich bei einem beginnenden Carcinom.

Aus welchen normalen Elementen sich die Krebszellen herausbilden, ob sie nach Virchôw Abkömmlinge der Bindegewebszellen sind, oder ob sie nach Waldeyer aus den Epithelien entstehen, ist bis jetzt noch nicht endgültig entschieden. Von klinischer Wichtigkeit ist, zu wissen, unter welchen Formen das beginnende Portiocarcinom auftritt. Schröder[1]) unterscheidet folgende ver-

[1]) Schröder, Gynaekologie S. 273.

schiedene Entwicklungsformen: 1) das von vorn herein oberflächlich sitzende Cancroid der Portio vaginalis; 2) die als circumscripte Knoten zuerst unter der gesunden Schleimhaut liegenden krebsigen Infiltrationen, welche erst später nach der äusseren Fläche der Portio oder in den Cervikalkanal hin durchbrechen; 3) das Carcinom der Cervix-Schleimhaut, eine seltene Form.

Die ersten Erscheinungen, welche das Carcinom der Portio vag. macht, zeigen sich, sobald die krebsigen Stellen anfangen zu zerfallen, wenn sich also das Krebsgeschwür bildet.

Höchst selten haben die Kranken vorher irgend welche Beschwerden gehabt, welche man auf diese Krankheit zurückführen könnte. Eins der ersten und constantesten Symptome, welches zugleich mit dem Zerfall des Carcinoms auftritt, ist die Blutung, welche bald stärker, bald schwächer, anfangs nur für verstärkte Menstruation gehalten wird, später aber als eine fortwährend bestehende Blutung sich dokumentiert. Begleitet wird dieselbe stets von reichlichem Ausfluss, welcher dann blutig gefärbt ist, bisweilen auch schon vor Zerfall des Gewebes zustande kommt und dann wässrig ist. Sobald die Verjauchung eingetreten ist, sieht der Ausfluss bräunlich missfarben aus und ist von mehr oder weniger stinkender Beschaffenheit. So lange das Krebsgeschwür auf die Portio beschränkt bleibt, verursacht es keine Schmerzen, sondern dieselben treten erst auf, wenn die Erkrankung sich weiter ausgebreitet hat. Bei der Untersuchung entdeckt der

Finger leicht die verschieden harte oder knollige Geschwulst, welche die Portio ganz unregelmässig macht. Allmählig ist auch das Allgemeinbefinden ein schlechtes geworden, so dass es nicht schwer fällt, diese vorgeschrittenen Stadien des Carcinoms zu diagnosticieren.

Gar keine Symptome dagegen machen der Regel nach die Anfangsstadien des Carcinoms.

Was zunächst die Anfänge der Cancroidbildung betrifft, so sind diese noch am leichtesten zu erkennen. Sie treten meistens in Form von Erosionen auf, welche mit den bei Cervix-Katarrh vorkommenden Erosionen, also gutartigen Veränderungen leicht verwechselt werden können. Nach Ruge und Veit[1]) können Erosionen an der Portio vaginalis in manchen Fällen sehr verdächtig sein auf Krebs und zwar dann, wenn die Heilung durch Adstringentien in keiner Weise gelingen will. Sitzen auf der sonst sammetartigen Oberfläche oder auf den Erosionen papillaere Excrescenzen, so ist das stets als ein im höchsten Grade verdächtiges Moment aufzufassen. — Erosionen kommen ferner mehr bei jungen Frauen vor und stören selten das Allgemeinbefinden so stark als das Carcinom.

Die Erkenntnis der Anfangsstadien der krebsigen Infiltration unter gesunder Schleimhaut hat noch grössere Schwierigkeit, und schon oft sind einfache gutartige Veränderungen mit krebsiger Erkrankung im Beginn verwechselt worden. Spiegelberg[2]) glaubt, dass er in der

[1]) Zeitschrift für Gynaekologie, Band VII, S. 209.
[2]) Archiv für Gynaekologie III, S. 234.

eigentümlichen Härte, welche das erkrankte Gewebe dem untersuchenden Finger darbietet, in der Unverschiebbarkeit der Schleimhaut auf dem darunterliegenden infiltrierten Gewebe und in der Unfähigkeit dieses Gewebes, sich durch Pressschwamm erweitern zu lassen, ganz sichere Zeichen gefunden habe, aus welchen er das beginnende Carcinom mit undurchbrochener Schleimhaut diagnosticieren könne. Ruge und Veit[1]) welche sehr zahlreiche und genaue Untersuchungen sowohl über die Entwicklung als über die ersten Stadien des Carcinoms an der Portio angestellt haben, haben diese von Spiegelberg aufgestellten Anhaltspunkte auch bei gutartigen Erkrankungen gesehen und erkennen deshalb dieselben nur als verdachterregende, nicht als diagnostische Kriterien an. Sicher ist erst nach ihren Untersuchungen die Diagnose durch zwei Mittel gegeben: 1) durch die klinische Beobachtung und 2) durch die anatomische Untersuchung excidierter Stücke. Erstere nennen sie die gefährliche Methode, weil bei ihr erst spät absolute Sicherheit gewährt wird, und letztere die ungefährliche.

Diese von ihnen in die Gynaekologie eingeführte mikroskopische Untersuchung excidierter Stücke ist von grösster Bedeutung für die diagnostische Unterscheidung zwischen beginnender krebsigen und gutartigen Induration. Hat man auf diese Weise das Carcinom sicher diagnosticiert, so hat man auch die Ausbreitung der Erkrankung

[1]) Zeitschrift für Gynaekologie VII, S. 211.

möglichst sicher festzustellen. Insbesondere hat man hierbei zu achten auf die Veränderungen in der Scheide und in dem Beckenbindegewebe, weil das Carcinom der Portio vag. weit mehr Neigung hat, sich auf diese Teile zu verbreiten als auf den Cervix und Uterus.

Da diese Erkrankung der Portio in nicht zu langer Zeit zum Tode führt, sobald die ersten Symptome derselben sich gezeigt haben, so wird eine Behandlung derselben nur dann einen sicheren und günstigen Erfolg haben, wenn es uns gelingt die erkrankten Massen vollständig zu enfernen, also noch im Gesunden zu operieren. Von grösster Wichtigkeit ist demnach für den Erfolg der Behandlung, die ersten Stadien des Carcinoms der Portio so schnell als möglich zu diagnosticieren. Und wenn so wenig günstig verlaufene Fälle nach Amputation der krebsig erkrankten Portio vorliegen, so hat das seinen Grund nur darin, dass die Frauen meist erst dann die Hülfe des Arztes aufsuchen, wenn das Carcinom schon so weit vorgeschritten ist, dass man an eine radikale Entfernung nicht mehr denken kann; die Operation wird zu spät vorgenommen, und das Recidiv stellt sich bald eher bald später wieder ein.

Die symptomatische Behandlung bei Carcinom der Portio, welche sich gegen die Blutung, den jauchigen Ausfluss und die Schmerzen richtet, kann natürlich nie zu einer dauernden Heilung führen, dieselbe kann nur durch Entfernung aller erkrankten Teile erreicht werden.

Von jeher sind die verschiedensten Methoden für die

Amputation der Portio vag. bei Carcinom in Vorschlag und Ausführung gekommen.

Die von Clarke angegebene Methode, welche in der Anlegung einer Ligatur um die Portio und allmählichen Abschnürung durch dieselbe besteht, ist zu umständlich und gefährlich, so dass sie mit Recht keine weitere Verbreitung gefunden hat.

Vielfach wurde die Portio früher im Niveau des Scheidegewölbes abgetragen. Wegen der unvermeidlich starken Blutung wurde diese Operation als eine ausserordentlich gefährliche dargestellt. Es erschien deshalb ein grosser Fortschritt, als man lernte, diese Blutung mit der Anwendung des Chassaignac'schen Ecraseurs zu vermeiden. Aber obwohl er uns diesen grossen Vorteil gewährt, ist er doch der unangenehmen und gefährlichen Nebenverletzungen wegen, welche er verursacht, wieder verlassen worden. Selbst bei der grössten Vorsicht sind bei Benutzung dieses Instrumentes die meisten Verletzungen der Nachbarorgane, des Peritoneums, der Blase oder der Scheidewände, vorgekommen. Schuld an diesen Nebenverletzungen ist einmal das tiefe Abwärtsziehen des Uterus und dann der Umstand, dass durch die Kette zuerst das muskuläre Gewebe des Cervix durchquetscht wird und zuletzt die elastische Schleimhaut, so dass diese die mit ihr verbundenen serösen Falten und die Blasenwand leicht in die Schnürstelle hineinziehen und durchtrennen kann. Noch erheblicher ist nach Martin[1]) der Einwand gegen

[1]) Martin, Frauenkrankheiten S. 283.

die Anwendung des Écraseurs, dass nämlich die Blutstillung keineswegs eine auch nur annähernd sichere ist, und dass die Narbenbildung zu erheblichen Verziehungen und Stenosen, ja Atresieen führt. Der Écraseur ist deshalb nicht mehr in Gebrauch.

Weniger gefährlich, aber auch nicht mehr in Anwendung ist der Constricteur von Maisonneuve, ein Instrument, dessen dünner Draht die Weichteile messerscharf durchtrennt. Spiegelberg hat öfter damit operiert, aber auch keinen Vorteil vor dem Écraseur gefunden. Zweimal riss ihm der Draht bei der Operation.

Die einzige, noch jetzt gebräuchliche Methode, die Portio vag. auf unblutigem Wege zu amputieren, ist die mit der galvanokaustischen Glühschlinge, wie sie vielfach von von Grünewaldt, Spiegelberg, Braun, und in letzter Zeit in mehreren Fällen auch in der hiesigen gynäkologischen Klinik von Herrn Geheimen Medicinal-Rat Pernice ausgeführt ist. Gusserow[1]) bezeichnet diese Methode für einzelne Fälle für unentbehrlich, weil sie den grössten Vorzug der Blutersparnis hat. Was die Weiterimpfung der Krebszellen auf das gesunde Gewebe betrifft, so glaubt Braun,[2]) dass bei Anwendung der Glühschlinge dieselbe eher vermieden wird, als bei Scheeren- und Messeroperationen.

Ein fernerer Vorteil dieses Verfahrens liegt in der gleichzeitigen Ätzung des Operationsfeldes durch die Glüh-

[1]) Gusserow, Neubildungen des Ut. S. 206.
[2]) Braun, Lehrb. d. Gyn. S. 493.

schlinge, wodurch die frische Wunde sogleich durch einen aseptischen Schorf bedeckt wird.

Die einzigen Nachteile, welche die Methode hat, sind 1) dass der galvanokaustische Apparat sehr kostspielig und umständlich ist, ein Vorwurf, der nicht zurückzuweisen ist, so dass der Apparat für einen praktischen Arzt und für kleinere Krankenhäuser unbrauchbar wird und 2) dass die Trennung des gesunden und kranken Gewebes schwer gemacht werden kann.

Braun[1]) untersucht daher gleich nach der Operation die mit der Gebärmutter in Verbindung gebliebene Partie und meint, dass die Differenz leicht zu erkennen ist: das durchglühte gesunde Gewebe nämlich biete eine bräunliche, glatte, derbe Oberfläche dar, während das kranke eine weissgelbliche, körnige, weiche Beschaffenheit darstellt. Findet er noch solche kranken Stellen, so nimmt er sogleich oder in den nächsten Wochen die Excision des Cervix mit Scheere oder Messer vor. Braun operiert die „champignonähnlichen papillaeren Carcinome der Portio vag.“ stets mit der Glühschlinge, wenn er hoffen kann, dieselbe noch durch gesundes Gewebe führen zu können. In den von ihm auf diese Weise ausgeführten Operationen blieben die Recidive in 23 Fällen, welche ihm bekannt geworden sind, aus und zwar:

in je 1 Falle 18, 17 und 7 Jahre,
in je 2 Fällen 5, 4 und 3 Jahre,
in je 3 Fällen 10 und 6 Jahre,
in je 4 Fällen 2 und 1 Jahr.

[1]) Braun, Lehrbuch d. Gyn. S. 491.

Nach Spiegelberg[1]) wird die Amputation mit der Glühschlinge am ungefährlichsten ausgeführt. Nur umständlicher, sagt er, als die blutige Amputation ist die galvanokaustische, aber nur in ihren Vorbereitungen. Die Applikation der Schlinge innerhalb des Vaginalkanales macht nur Schwierigkeiten bei enger Scheide, bei kurzer breiter Portio, hauptsächlich aber dann, wenn die Wucherungen der degenerierten Portio die Vagina ausfüllen. Da in diesen Fällen die Schlinge leicht abgleitet, oder leicht starke Blutungen auftreten, empfiehlt er, die Wucherungen stückweise abzutragen. Spiegelberg berichtet über 39 Amputationen der Portio vag., welche er mit der Glühschlinge gemacht hat, und zwar 15mal bei Carcinom, in 2 Fällen ohne Recidiv.

Auch Freund[1]) hält wegen schnelleren, leichteren und blutlosen Operierens diese Methode für die bessere. Um höher hinaufgreifende Neubildungen mitzuentfernen, legt er die Schlinge am möglichst tief herabgezogenen Uterus über kreuzweis in gewünschter Höhe durchgeführte gekrümmte Nadeln, welche der Schlinge einen festen Halt bieten und zugleich wegen ihrer Krümmung eine konische Excision des Cervix veranlassen sollen.

Dieser unblutigen Abtragung der Portio vag. steht die blutige mit Scheere und Messer gegenüber. Wie schon erwähnt, führte man früher dieselbe im Niveau des Scheidengewölbes aus und stillte die Blutung hierbei

---

[1]) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekol. VI. S. 371.
[2]) Archiv für Gynaekologie V, S. 441.

durch Ferrum candens oder Liquor ferri - Tampons. Später wurde von Sims die Scheidenschleimhaut über den Stumpf gezogen und durch Nähte vereinigt; gleichzeitig empfahl er die vorherige bilaterale Spaltung der Muttermundslippen. Diese Sims'sche Nath-Methode, bei welcher nur die Vaginalschleimhäute mit einander vereinigt wurden, entsprach nur wenig ihrem Zweck, da hinter der Vereinigungsstelle eine Bucht zurückblieb, in welche sich Blut und Wundsekret stauten. Andere Übelstände sind vor allem die Gefahr der Nachblutung und der ungeeigneten Narbenbildung. Eine Sicherung hiervor gewährt uns die Hegar'sche Umsäumungsnaht,[1]) bei welcher die Nähte unter dem ganzen Grund der Abtragsfläche hergeführt, in der Mitte von vorderer und hinterer Cervicalwand aber ausgestochen werden, um so die Cervical- mit der Vaginalschleimhaut in genaue Vereinigung zu bringen. Eine für dieselbe noch günstigere Wundform entsteht, wenn man nicht die ganze Portio vag. durch Zirkelschnitt in einer Fläche, sondern jede Lippe für sich in querer Richtung trichterförmig excidiert.

Diese Hegar'sche Methode wurde von Schroeder[2]) vervollkommnet, indem er die Excision auch auf die Schleimhaut des Cervikalkanals ausdehnte. Nach bilateraler Spaltung des Cervix klappt er die Muttermundslippen auseinander und schneidet so hoch wie möglich im Cervix mit einem Messer durch die Schleimhaut der einen Lippe

[1]) Hegar-Kaltenbach, Operat. Gynaekol. S. 264.
[2]) Schröder, Gynaekologie S. 135.

bis in das Cervialgewebe hinein und excidiert darauf, von der Spitze der Portio anfangend, die ganze innere Fläche der Lippe. Der übrig gebliebene Teil der Lippe wird in den Cervix hineingeklappt und an dem oberen Wundrand genäht. Ebenso verfährt man mit der anderen Lippe.

Diese infravaginale Amputation hat Schröder für die Fälle angewandt, wo allein die Portio vag. Sitz der Neubildung ist.

Sobald aber das Carcinom schon in geringer Ausdehnung auf das Scheidengewölbe übergetreten ist, liegt die einzige Möglichkeit, die erkrankten Partieen vollständig zu entfernen, in der von Schroeder[1]) angegebenen supravaginalen Amputation des ganzen Cervix. Er operirt nach Durchtrennung der Schleimhaut im Beckenbindegewebe zwischen Blase und Mastdarm direkt unter dem Peritoneum, macht so den ganzen Cervix frei und trägt ihn bis zum innern Muttermund ab. Schliesslich wird sowohl vorn als hinten die Scheidenwand mit der Cervixwand durch tiefgreifende Nähte fest vereinigt. Schroeder berichtet selbst über 37 auf diese Weise ausgeführte Amputationen, 4 von den Operierten bekamen kein Recidiv. Auch Moerike[1]) giebt eine Zusammenstellung von 32 von Schroeder ausgeführten supravaginalen Amputationen. Von diesen Operierten waren 5 gleich 15,62% mit grosser Wahrscheinlickeit, 6 gleich 18,75%

[1]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VI, S. 218.

[1]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., VI, 227.

mit vollster Sicherheit als radikal geheilt zu bezeichnen. Zu bemerken ist hierbei, dass die Beobachtungszeit nur $^3/_4$—$1^1{}_2$ Jahr dauerte, also entschieden zu kurze Zeit.

Ob bei Carcinom der Portio vag. die Totalexstirpation des Uterus zu machen sei oder nicht, wie sie von Freund von den Bauchdecken aus oder von Schroeder und anderen von der Scheide aus ausgeführt worden ist, bedarf noch weiterer statistischer Begründung. Schroeder meint, bei dem Cancroid der Portio kann man sich mit der supravaginalen Excision begnügen, bei dem Carcinom der Cervixwand nur dann, wenn man bestimmt fühlen kann, dass der Uteruskörper weich und nicht vergrössert ist. Ist das Carcinom aber von der Cervixschleimhaut ausgegangen, so handelt man vielleicht stets am besten, wenn man den ganzen Uterus herausnimmt.

Ruge und Veit[1]) sagen hierüber, dass noch ungenügend Erfolgsstatistik vorhanden ist, um wegen der möglichen Recidivfreiheit bei partiellem Carcinom des unteren Abschnittes die jedenfalls gefährlichere Totalexstirpation der partiellen vorzuziehen.

Von allen diesen Methoden, welche zur Entfernung des Carcinoms der Portio vag. dienen, sind jetzt die gebräuchlichsten die supravaginale Amputation mit dem Messer nach Schroeder und die Abtragung mittelst der galvanokaustischen Schneideschlinge.

Die Vorzüge der ersteren bestehen darin, dass wir die Höhe und Form der Abtragung in unserer Hand haben

[1]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VII, 219.

und die Schnittführung dem speziellen Falle beliebig anpassen können. Den bedeutendsten Einwand, welchen man gegen die Anwendung des Messers anbringen kann, bildet die damit verbundene Blutung, welche nicht allein dadurch, dass es das Operationsfeld verdeckt, sehr störend auf eine schnelle und gute Ausführung der Operation wirken, sondern auch direkt das Leben der regelmässig schon schwächlichen und heruntergekommenen Patientin gefährden kann.

Sehr oft ist diese Operation auch durch Complicationen erschwert und vor allem durch eine Verletzung des Peritoneums, welche allerdings jetzt bei den sowohl während als nach der Operation aufs strengste durchgeführten antiseptischen Massregeln ohne Gefahr geschehen kann, aber doch nicht gleichgültig ist mit Rücksicht auf die Grösse der Wunde und auf die damit verbundene Verletzung der Gefässe. Schliesslich ist durch diese Operation keineswegs eine Radikalheilung zu erwarten.

Ausser den schon oben angeführten Vorzügen, welche die galvanokaustische Amputation für sich hat, dass sie nämlich eine unblutige Operation ist, und gleichzeitig die frische Wunde mit Brandschorf bedeckt, ist noch zu erwähnen, dass die Operation in viel kürzerer Zeit gemacht ist und dabei leichter noch und bequemer als die mit dem Messer. Allerdings ist ja der Apparat kostspielig und in den Vorbereitungen umständlich, auch kann die Differenzierung des gesunden und kranken Gewebes nicht so genau gemacht werden als mit dem Messer, aber um so grösser

sind auch die erwähnten Vorteile, die wir bei der Anwendung der Glühschlinge haben.

Dass die galvanokaustische Amputation nur die Bedeutung eines palliativen Eingriffs oder eines Voraktes für andere Behandlungsmethoden habe, ist ein unberechtigter Vorwurf und kann ebenso gut gegen jede andere Methode gemacht werden, da man nie genau wissen kann, ob man überall im gesunden Gewebe operirt.

Aus den Gründen nun, welche für die Glühschlinge sprechen, wurden auch in der hiesigen gynäkologischen Klinik diejenigen Fälle, in welchen das Carcinom nur auf die Portio beschränkt war oder sich erst wenig nach der Scheide oder dem Bindegewebe oder dem Cervix ausgebreitet hatte, mit der Glühschlinge operirt. Während der letzten 8 Monate wurden auf diese Weise vom Geh. Medizinal-Rat Pernice 4 Fälle operiert, über deren Erfolg mir im Folgenden zu berichten gestattet sei.

Die Operation wurde auf folgende Weise ausgeführt:

Nach vorheriger Ausspülung der Scheide und gründlicher Reinigung der äusseren Geschlechtsteile mit Sublimatlösung (1 : 1000) wird in der Narkose die Portio vag. durch Simon'sche und Seiten-Specula freigelegt. Sowohl die vordere als hintere Lippe des Portio wird mit der Muzeux'schen Zange gefasst und samt dem Uterus so weit als möglich in den Scheideneingang herabgezogen. Sodann wird der Ansatz der Scheidenschleimhaut an die Portio mit dem Messer cirkulär getrennt und samt dem Scheidengewölbe vorn von der Blase, seitlich und hinten

von der Cervixwand so weit wie möglich lospräpariert. Die Lostrennung gelingt in dem lockeren Bindegewebe meist ohne grosse Mühe mit dem Finger. Ist die Portio so freigelegt, so wird die Glühschlinge möglichst hoch appliciert und dann der Schlingenträger mit den Leitungsdrähten des Apparates in Verbindung gesetzt. Die Schlinge wird allmählich verengert und die Portio dadurch abgetrennt. Nach beendigter Operation wird die ganze Vagina mit Jodoformgaze lose austamponiert. Diese Tampons bleiben mehrere Tage liegen. Nach 6—7 Tagen tritt eine reichliche Sekretion als Zeichen der Abstossung des Schorfes auf. Die Nachbehandlung besteht nur in Scheidenausspülung und Ausstopfung der Scheide mit Jodoformgaze.

I. Fall.

Frau V., 42 Jahre alt, aus Stralsund, will stets gesund gewesen sein. Die erste Menstruation erfolgte im achtzehnten Jahre und kehrte von da regelmässig wieder. Eine Geburt hat die Patientin leicht überstanden. Seit einem Vierteljahre klagt Patientin über unregelmässige Blutungen und stinkenden Ausfluss.

Status praesens vom 20. Oktober 1884. Patientin ist klein, von zartem Knochenbau, mässig gut entwickelter Muskulatur. Die Untersuchung ergiebt ein Carcinom der Portio vag., welches im vorderen und in den seitlichen Teilen auf die Portio beschränkt ist, dagegen auf der hinteren Seite bis zur Grenze von Scheide und Portio sich erstreckt.

Am 26. Oktober 1884 wird die Abtragung des Carcinoms gemacht. Die mikroskopische Untersuchung am abgetrennten Stück ergab, dass am gesunden Gewebe die Durchtrennung ausgeführt war.

Die Abstossung des Brandschorfes und die Heilung der Wunde erfolgte sehr allmählich, war jedoch Ende November fast ganz erreicht. Da kein carcinomatöses Gewebe mehr nachweisbar war, wurde sie am 4. Dezember entlassen mit der Weisung, sich anfang Januar wiedervorzustellen.

Am 9. Januar und 25. April d. J. stellte sich Patientin wieder vor; von einem Recidiv war nichts zu bemerken.

II. Fall.

Frau S., 43 Jahre alt, aus Anclam, war stets gesund, ist seit dem 14. Jahre regelmässig menstruiert, hat zwei leichte und normale Geburten überstanden.

Seit Weihnachten 1884 bemerkte Patientin zwischen den regelmässig wiederkehrenden Menstruationen ein bis zweimal unregelmässigen Blutabgang und starken Fluor mit Kreuzschmerzen. Am 1. April liess sie sich in die Klinik aufnehmen.

Status praesens vom 1. April 1885: Der Uterus ist wenig vergrössert und liegt normal. Die Portio vag. ist stark verdickt und zeigt eine trichterförmige Ulceration. Die Parametrien sind nicht infiltriert; nur an der rechten Seite scheint die Verdickung der Portio etwas weiter zu reichen. Der Ausfluss ist stinkend.

Am 3. April wurde die krebsige Portio mit der Schlinge abgetragen. Die Scheide wird ausgespült und mit Jodoformgaze tamponiert. Die Tampoe wird am 4. IV. entfernt. Am 13. IV. wird Patientin nach Hause entlassen mit der Weisung, sich nach 3 bis 4 Wochen wiedervorzustellen. Sie kehrte jedoch schon nach Verlauf von 10 Tagen wegen Schmerz und Ausfluss zurück. Wie die Untersuchung ergab, hatte sich an der rechten Seite ein Recidiv eingestellt. Dasselbe wird mit dem scharfen Löffel entfernt.

III. Fall.

Frau S., 64 Jahre alt, aus Postlow bei Anclam, ist seit dem 16. Jahre menstruiert.

Status praesens am 20. IV. 1885: Patientin sieht kachektisch aus, der Appetit ist mässig. Die Untersuchung ergiebt einen der Grösse nach normalen Uterus. Die Portio vag. fühlt sich rauh und knollig an, und im Speculum sieht man, dass beide Muttermundslippen, besonders die hintere, geschwürig zerfallen sind. Die Scheide ist frei.

Die Operation wurde am 6. Mai vorgenommen und ging leicht von Statten. Das Allgemeinbefinden war an den beiden ersten Tagen ein relativ gutes, am dritten Tage klagte Patientin, dass sie den Urin nicht halten könne und deshalb fortwährend nass liege. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass die Scheide mit der Blase durch eine querliegende Öffnung communicierte von der Grösse, dass man die Fingerkuppe hineinlegen konnte. Eine Vereinigung dieser Fistel soll demnächst geschehen.

IV. Fall.

Frau H., 39 Jahre alt, aus Bellin bei Ückermünde war stets gesund. Die Menstruation trat zuerst im 14 Jahre auf und war immer regelmässig. Seit einigen Monaten klagt sie über Blutungen und Schmerzen.

Stat. praes. vom 2. V. 1885. Patientin ist von schwächlichem Körperbau und sieht höchst kachektisch aus. Appetit ist schlecht. Die Untersuchung ergiebt, dass die Portio vag. stark hypertrophiert ist, sich rauh und höckrig anfühlt, und an einigen Stellen mit kraterförmigen Substanzverlust versehen ist. Die Parametrien und die Scheide sind frei.

Im Speculum sieht man die Portio vag. krebsig zerfallen. Am 9. Mai wird die Amputation vorgenommen, nach der Operation blutete es an einer Stelle ziemlich intensiv, weshalb dieselbe mit Liquor ferri sesquichlorati betupft wird.

Nach Stillung der Blutung wird die Scheide mit Jodoformgaze ausgestopft und mit Watte und einer T-binde verbunden. Der Wundverlauf ist bis jetzt ein günstiger gewesen, und die Genesung wird hoffentlich in nicht zu ferner Zeit erfolgen.

In dem ersten Falle ist also bis jetzt, $7^1/_2$ Monate nach der Operation, kein Recidiv eingetreten, während in dem zweiten dasselbe schon nach 10 Tagen auftrat. Welchen Erfolg die beiden letzten, erst in diesem Monat operierten Fälle haben werden, muss die Zukunft ergeben.

Über den schliesslichen Erfolg in allen Fällen wird

st eine längere Beobachtungszeit zu entscheiden haben. ass jedoch die besprochene Operation nicht vollständig on der Hand zu weisen ist, geht aus dem ersten Falle ervor, in welchem ein Recidiv nach Verlauf von $7^1/_2$ Monaten nicht eingetreten ist.

Zum Schlusse der Arbeit erfülle ich die angenehme flicht, Herrn Geheimen Medicinal-Rat Professor Dr. ernice für die Überweisung des Themas und die Unterstützung bei der Bearbeitung desselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Zeitschrift für Gynaecologie, Band VI u. VII.
Archiv für Gynaecologie, Band III u. V.
Schroeder, Gynaecologie.
Martin, Frauenkrankheiten.
Gusserow, Neubildungen des Uterus.
Braun, Lehrbuch für Gynaecologie.
Hegar-Kaltenbach, Operative Gynaecologie.

Lebenslauf.

Johannes Ebell, geboren den 18. Juni 1860 zu Dramburg in Pommern, evangelischer Konfession, Sohn des Kreisexecutors a. D. *Julius Ebell* und seiner Ehefrau *Ernestine*, geb. *Loeschmann*, besuchte das Gymnasium seiner Heimatstadt und wurde von demselben Ostern 1880 mit dem Zeugnis der Reife entlassen. Während der ersten 4 Semester besuchte er die Universität Greifswald, um Medicin zu studiren, bestand daselbst am 5. März 1882 das Tentamen physicum und bezog dann in den nächsten drei Semestern die Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin. Michaelis 1883 kehrte er nach Greifswald zurück und beendigte dort seine Studien. Die ärztliche Staatsprüfung absolvierte er im Winter-Semester 1884/85. Das Examen rigorosum bestand er am 12. Mai.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Curse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Greifswald:

Prof. Dr. *Arndt*. Prof. Dr. *Baumstark*. Dr. *Beumer*. Geh. Rat Prof. Dr. *J. Budge*. Prof. Dr. *A. Budge*. Prof. Dr. *von Feilitzsch*. Prof. Dr. *Gerstaecker*. Prof. Dr. *Grohé*. Prof. Dr. *Haeckermann*. Prof. Dr. *Hueter*. Prof. Dr. *Krabler*. Prof. Dr. *Landois*. Prof. Dr. *Limpricht*. Dr. *Loebker*. Geh. Rat Prof. Dr. *Mosler*. Geh. Rat Prof. Dr. *Muenter*. Geh. Rat Prof. Dr. *Pernice*. Prof. Dr. *von Preuschen*. Turnlehrer *Range*. Prof. Dr. *Rinne*. Prof. Dr. *Schirmer*. Dr. *Schondorff*. Prof. Dr. *Schulz*. Prof. Dr. *Sommer*. Dr. *Strübing*. Prof. Dr. *Vogt*.

In Berlin:

Geh. Rat Prof. Dr. *Bardeleben*. Prof. Dr. *Hirsch*. Prof. Dr. *Lewin*. Geh. Rat Prof. Dr. *Leyden*. Prof. Dr. *Liebreich*. Prof. Dr. *Senator*. Geh. Rat Prof. Dr. *Virchow*.

Allen diesen hochverehrten Herren spricht Verfasser an dieser Stelle seinen herzlichsten Dank aus.

Thesen.

I.

Bei Carcinom, welches sich auf die Portio vaginalis uteri beschränkt, ist die Amputation mit der galvanokaustischen Schlinge den übrigen Methoden vorzuziehen.

II.

Gelingt bei nachfolgendem Kopf die manuelle Extraction nicht, so bietet die Anlegung der Zange wenig Chancen zur Rettung des Kindes.

III.

Bei Pes valgus congenitus ist die Therapie in den ersten Lebensmonaten einzuleiten.